

**APLICACION PARA COMIDA GRATIS Y
COMIDA A PRECIOS REDUCIDOS FY 2006**

Para solicitar comidas gratis o a precios reducidos para sus niños llene, firme y regrese este formulario al centro.

| | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------|
| 1ra Parte | Llene esta parte para cualquier niño(a) que asista este centro pero no están incluidos en el caso de <i>Estampillas de Comida, Asistencia en Efectivo, o FDPIR.</i> Vaya al 3ra Parte. | | | | | |
| | Nombre de Niño(s) | | Edad | | Fecha de Nacimiento | |
| | 1. _____ | | _____ | | _____ | |
| | 2. _____ | | _____ | | _____ | |
| | 3. _____ | | _____ | | _____ | |
| 2da Parte | Llene esta parte para cualquier niño(a) que asista este centro y están incluidos en el caso de <i>Estampillas de Comida, Asistencia en Efectivo, o FDPIR.</i> Vaya al 5ta Parte. Sí no recibir asistencia pública, proceda a la Sección 3. | | | | | |
| | Nombre de Niño(s) | Estampillas de Comida Número del Caso | Asistencia en Efectivo Número del Caso | FDPIR Número del Caso. | Edad | Fecha de Nacimiento |
| | 1. _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| | 2. _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| | 3. _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 3ra Parte | Si apunto algun niño en la 1ra parte, DEBE completar esta parte Y la 5ta Parte. Si apunto niños solamente en la 2da Parte, continúe a la 5ta Parte. | | | | | |
| OTROS MIEMBROS DE LA CASA: Apunte el nombre de <u>todos</u> los habitantes en su casa. INCLUYASE USED, OTRO ADULTOS Y LOS NINOS. NO INCLUYA LOS NINOS YA APUTADOS EN LA 1ra y 2da Parte. | | | | | | |
| INGRESO MENSUAL: Apunte todos los ingresos que cada persona recibió en el mes previo en la misma línea de su nombre. Apunte el ingreso total ANTES de los deducciones de taxes, seguro social, etc. Para propietarios e apunte los ingresos después de los deducciones. | | | | | | |
| | NOMBRE (Apellido, Nombre) | <u>Ingreso Mensual del Trabajo (Antes de Deducciones)</u> | <u>INGRESO MENSUAL</u> Pago Mensuales de Bienestar, Sostenimiento de Niños, Asistencia del Ex-Marido, Asistencia en Efectivo, Pensiones Mensuales como el Retiro, Militar, Seguro Social, etc. | | Otros Ingresos que se Recibieron el Mes Anterior | |
| | 1. _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | |
| | 2. _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | |
| | 3. _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | |
| | 4. _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | |
| | 5. _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | |
| 4ta Parte | Hijos de Crianza: En ciertos casos hijos de crianza son elegibles para comidas gratis o reducidas a pesar del ingreso de la casa en la cual ellos viven. Si usted tiene hijos de crianza en su casa, por favor indique los nombres de los niños aquí y el ingreso mensual total que usted recibe por cuidarlos. Vaya al 5ta Parte. | | | | | |
| | Nombre de Niño(s) | | Edad | Fecha de Nacimiento | Ingreso | |
| | 1. _____ | | _____ | _____ | _____ | |
| | 2. _____ | | _____ | _____ | _____ | |
| 5ra Parte | Nombre (en letra imprenta) _____ Dirección _____ Teléfono (casa) _____ Teléfono (trabajo) _____ | | Certifico que toda la información es verdadera y correcta. Comprendo que esta información es para recibo de fondos Federales; que los oficiales de la institución pueden verificar esta información; y la falsificación intencional puede sujetarme a juicio bajo las Leyes Estatales y Federales aplicables. | | | |
| CONFIDENCIALIDAD: La información que usted proporcione se tratará en completa confidencia y sea usada solamente para determinar elegibilidad y verificación de información para los propósitos de Programa de Alimentación de Niños de Cuidado Diurno. | | | | | | |
| Firma y Número de Seguridad Social del adulto que firme este formulario o la palabra <i>NINGUNO</i> . | | | | | | |
| | Firma | | Numero de Seguro Social (Sí no lo tiene, indique "no tengo") | | Fecha | |

To be completed by Site Staff

Signature of Approval: _____
Date Approved: _____

Total Household Size: _____
Total Monthly Income: _____

Eligibility category:
() Free
() Reduced
() Paid

Estimados Padres o Guardianes:

El Programa para la alimentación de Niños y Adultos requiere que el reembolso que este centro recibe por las comidas servidas a todos los niños esté basado en la información de ingresos sometida por cada padre. Esto lo beneficia a ustedes porque nos ayuda a mantener el precio por cada niño a un nivel bajo. Esta información será confidencial. Si sus ingresos son menores o iguales a los ingresos que se indican abajo, el centro recibirá un reembolso mayor por las comidas que se le sirvan a sus niños.

DIAGRAMA DE INGRESOS

COMO SOLICITAR

Effectivo desde Julio 1 de 2005 hasta Junio 30 de 2006

| Número de miembros en la familia | ANNUAL | MENSUAL | SEMANTAL |
|---------------------------------------------|----------|---------|----------|
| 1..... | \$17,705 | \$1,476 | \$341 |
| 2..... | 23,735 | 1,978 | 457 |
| 3..... | 29,767 | 2,481 | 573 |
| 4..... | 35,798 | 2,984 | 689 |
| 5..... | 41,829 | 3,486 | 805 |
| 6..... | 47,860 | 3,989 | 921 |
| 7..... | 53,891 | 4,491 | 1,037 |
| 8..... | 59,922 | 4,994 | 1,153 |
| Por cada miembro de Familia adicional añade | +6,031 | +503 | +116 |

Si ustedes al presente están recibiendo estampillas para comida, ayuda del Asistencia en Efectivo o del FDPIR, ustedes automáticamente reciben una carta que le confirma que su jiho es elegible para recibir comidas gratis. Si ustedes envían esta carta al centro, no es necesario que se obtenga una declaración jurada por escrito (aplicacion). Si ustedes no reciben la carta, llene la solicitud con el nombre de su jiho, el número de las estampillas para comida, o el del Asistencia en Efectivo o FDPIR y la firma del adulto que llene la solicitud.

Si usted no reciben estampillas para comida, o beneficios del Asistencia en efectivo o del FDPIR, llene la declaración jurada por escrito (afidávit) con los nombres de todos los miembros que vivan en su hogar, el ingreso mensual (antes de las deducciones) que reciba cada uno de los miembros y la firma y el número del seguro social del miembro adulto que llene esta solicitud. Escriban "ninguno" si el miembro no tiene el número del seguro social.

Las familias con ingresos menores o iguales a los niveles de ingresos que se enumeran arriba deben informarnos cualquier aumento o reducción de ingreso que sea más de \$50 mensuales or \$600 anuales, así como los cambio que haya en el número de los miembros de la familia o pérdida de empleo. Las familia que hayan indicado que stan recibiendo estampillas para comida, ayuda del Asistencia en Efectivo o del FDPIR, deben informarnos también cuando dejan de recibir estos beneficios.

NIÑOS CON INCAPACIDADES: Si el médico ha determinado que su niño está incapacitado y la incapacidad lo previene de comer una comida regular, este centro hará todas las substituciones indicadas por el médico. Si se necesita una substitución, no se le cobrará cargo extra por la comida. Si ustedes creen que su niño necesita substituciones debido a su incapacidad, por favor comuníquese con nosotros inmediatamente y denos más información.

En el programa para la alimentación de niños, ningún niño será descriminado debido a su raza, color, origen, sexo, edad, o incapacidad. Si ustedes creen que han sido descriminados en cualquier actividad relacionada con el USDA, ustedes deben de escribir inmediatamente a la Secretería de Agricultura a: Secretary of Agriculture, Washington, DC 20250.

La Sección 9 de la ley nacional para el programa de comidas indica que, a menos que nos den el número de las estampillas para comida de sus niños, el número del caso del Asistencia en Efectivo o del FDPIR, ustedes deben de incluir en su solicitud un número del seguro social. Ested puede ser el número del seguro social. Este puede ser el número del seguro social del miembro adulto de su familia que firme la solicitud, o una indicación de que el miembro de su familia no tiene un número del seguro social. No es obligatorio tener un número del seguro social, pero si no se provee un número del seguro social o no se hace una indicación de que el miembro que firma no tiene un número, entonces la solicitud no será aprobada. Esta notificación se le debe de entregar al miembro de la fmilia quien firma la solicitud y cuyo número del seguro social aparece en ella. El número del seguro social puede ser usado para identificar a la persona que firma y para vierficar la información incuida en a solicitud. Estos esfuerzos de verificación pueden ser llebados a cabo mediante programas de revisión, auditorías e investigaciones y puede incluir el hablar con su empleador para determinar elgreso, con la ofician que distribuye las estampillas para comida, con la oficina de ayuda económica (Welfare), las oficinas de Asistencia en Efectivo o FDPIR para determinar los beneficios recibidos. Todo esto puede traer como resultado una pérdida o una reducción de los beneficios, demandas administrativas, o acciones legales, si la información proporcionada es incorrecta.

RAZA: Por favor indique la raza o identidad étnica de su niño. No está obligado a contestar esta pregunta; necesitamos esta información para asegurarnos de que todos reciban beneficios en forma justa.

- | | | | | |
|----------------------------|---------|-----------------------------|------------------------------------|-----------------------------|
| Negro—No de Origen Hispano | Hispano | Asiático o de Isla Pacífica | Indio Americano o Nativo de Alaska | Blanco—No de Origen Hispano |
|----------------------------|---------|-----------------------------|------------------------------------|-----------------------------|

FAVOR DE LLENAR REVERSO DE ESTÁ PAGINA